FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913. — N° 91

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

LA CURE CHIRURGICALE

DES

ÉVENTRATIONS POST-OPÉRATOIRES

(PROCÉDÉ D'ALBERTIN)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Juin 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANÇOIS CHENU

ANCIEN EXTERNE DES HÔPITAUX

Né le 4 Décembre 1886, à Chambéry (Savoie)

LYON
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE « LA SOURCE »
21, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21

1913

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

LA CURE CHIRURGICALE

DES

OPÉRATIONS POST-OPÉRATOIRES

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON
Année scolaire 1912-1913. — N° 91

CONTRIBUTION

A L'ÉTUDE DE

LA CURE CHIRURGICALE

DES

ÉVENTRATIONS POST-OPÉRATOIRES

(PROCÉDÉ D'ALBERTIN)

THÈSE

PRÉSENTÉE

A LA FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE LYON

et soutenue publiquement le 7 Juin 1913

POUR OBTENIR LE GRADE DE DOCTEUR EN MÉDECINE

PAR

FRANÇOIS CHENU

Ancien Externe des Hôpitaux

Né le 4 Décembre 1886, à Chambéry (Savoie)

ACAD.
LUGD.BAT.
BIBL.

LYON
IMPRIMERIE COOPÉRATIVE « LA SOURCE »
21, RUE VIEILLE-MONNAIE, 21

1913

PERSONNEL DE LA FACULTÉ

MM. HUGOUNENQ. . . . . Doyen.
J. COURMONT , ... Assesseur.

PROFESSEURS HONORAIRES

MM. CHAUVEAU, AUGAGNEUR, SOULIER, TRIPIER, CAZENEUVE, LÉPINE, PIERRET. BEAUVISAGE.

PROFESSEURS

Cliniques médicales	MM. TEISSIER. ROQUE. BARD.
Cliniques chirurgicales	PONCET. JABOULAY.
Clinique obstétricale et Accouchements	FABRE.
Clinique ophtalmologique	ROLLET.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	NICOLAS.
Clinique des maladies mentales	LÉPINE (J.).
Clinique des maladies des enfants	WEILL.
Clinique des maladies des femmes	POLLOSSON (A.).
Physique médicale	CLUZET.
Chimie médicale et pharmaceutique	HUGOUNENQ.
Chimie organique et Toxicologie	MOREL.
Matière médicale et Botanique	MOREAU.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	GUIART.
Anatomie	TESTUT.
Anatomie générale et Histologie	RENAUT.
Physiologie	MORAT.
Pathologie interne	COLLET.
Pathologie et Thérapeutique générales	LESIEUR.
Anatomie pathologique	PAVIOT.
Médecine opératoire	POLLOSSON (M.).
Médecine expérimentale et comparée	COURMONT (P.)
Médecine légale	LACASSAGNE.
Hygiène	COURMONT (J.).
Thérapeutique	PIC.
Pharmacologie	FLORENCE.

PROFESSEURS ADJOINTS

Physiologie, cours complémentaire	MM. DOYON.
Maladies des oreilles, du nez et du larynx	LANNOIS.
Pathologie externe	VALLAS.
Maladies des voies urinaires	GAYET.

CHARGÉS DE COURS COMPLÉMENTAIRES

Chimie minérale	MM. BARRAL,	agrégé.
Propédeutique chirurgicale	BÉRARD.	—
Propédeutique de gynécologie	CONDAMIN.	—
Chirurgie infantile	NOVÉ-JOSSERAND.,	ag
Accouchements	COMMANDEUR,	—
Embryologie	REGAUD.	—
Anatomie topographique	PATEL,	—
Botanique	BRETIN.	—
Chirurgie expérimentale	VILLARD.	
Clinique infantile	MOURIQUAND.	

AGRÉGÉS

MM.	MM.	MM	MM.
REGAUD.	Etienne MARTIN.	BRETIN.	MOURIQUAND.
COMMANDEUR.	LAROYENNE.	LERICHE.	ARLOING (F.).
GAYET.	VORON.	THÉVENOT.	GUILLEMARD.
NEVEU-LEMAIRE	NOGIER.	TAVERNIER.	PIÉRY, ch....
PATEL.	LATARGET.	CADE.	SAVY, ch....

M. BAYLE, Secrétaire.

EXAMINATEURS DE LA THÈSE

MM. VALLAS, *Président ;* PATEL, *Assesseur ;*

MM. LAROYENNE *et* TAVERNIER, *Agrégés*

La Faculte de médecine de Lyon, déclare que les opinions émises dans les dissertations qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle n'entend leur donner ni approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MA FIANCÉE

A MES SŒURS

A MA MARRAINE

A MES PARENTS

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

Monsieur le Professeur VALLAS

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur ALBERTIN
Gynécologie

Monsieur le Docteur VALLAS
Chirurgie générale

Monsieur le Docteur DURAND
Chirurgie générale

Monsieur le Docteur TIXIER
Chirurgie générale

Monsieur le Docteur NICOLAS
Dermatologie et de Syphiligraphie

Monsieur le Docteur VIGNARD
Chirurgie infantile

Monsieur le Docteur BRET
Médecine générale

Monsieur le Docteur CHATIN
Médecine infantile

A MES JUGES

A Monsieur le Docteur PATEL

INTRODUCTION

Avec les progrès de l'asepsie et depuis la substitution de la suture par étages à la suture étreignant en masse les deux lèvres de la plaie, le nombre des éventrations post-opératoires a considérablement diminué. Et pourtant, il n'est pas rare, aux consultations de gynécologie, de recevoir des femmes qui ont antérieurement subi une laparotomie et qui viennent pour se faire débarrasser d'une éventration qui les réduit à l'impotence, soit par les phénomènes douloureux qu'elle entraîne, soit par des troubles gastro-intestinaux de gravité variable. Ce sont, en général, des femmes qui appartiennent à la classe non aisée, qui ont besoin de leur travail de tous les jours pour subvenir aux charges de la famille et qui,

gênées dans leurs occupations, réclament une intervention. Quand l'éventration n'est pas trop étendue, que la malade est jeune et en bon état de forces, il est indiqué de chercher à obtenir la cure radicale de cette infirmité. Chez quelques autres, la tumeur tombe très bas sur l'abdomen, atteint parfois la face antérieure des cuisses ; la malade a une paroi d'insuffisance manifeste. Dans ces conditions, la difficulté est grande pour le chirurgien, l'opération très aléatoire pour la malade et nombreux sont les opérateurs qui évitent d'intervenir.

A juste titre, la cure des larges éventrations est considérée par beaucoup comme une intervention des plus délicates de la chirurgie abdominale : délicate par les difficultés opératoires qu'elle apporte souvent, délicate aussi en ce sens que l'opérateur a toujours à redouter la récidive. Cette question a, de tous temps, préoccupé les auteurs et les procédés sont nombreux qui visent à la cure des éventrations.

Pendant mon stage à la Charité, j'ai eu l'occasion de voir le Dr Albertin pratiquer une telle opération dans un cas difficile. L'intervention fut si rapide et les suites opératoires si simples, que M. le Professeur agrégé Laroyenne, qui y assistait, me proposa d'indiquer avec quelques détails cette technique utile à connaître qui peut aussi bien, nous le dirons d'ailleurs dans la suite, s'appliquer à la cure radicale des hernies ombilicales de l'adulte.

Nous définirons l'éventration, nous dirons rapidement les méthodes employées contre elle, nous décrirons le procédé du Dr Albertin et, après en

avoir montré les avantages, nous apporterons une seule observation, bien que, depuis une dizaine d'années, la méthode ait donné à son auteur les meilleurs résultats. Mais elle lui paraissait si simple, si rationnelle qu'il n'a jamais songé à la faire exposer. Toutefois, cette opération ayant trait à une large éventration post-opératoire, servira de type à notre démonstration.

Avant de commencer ce travail, j'adresse à M. le Dr Albertin mes bien sincères remercîments pour l'accueil toujours aimable qu'il m'a réservé dans son service de la Charité et pour m'avoir donné le sujet de cette thèse. Mes sentiments bien reconnaissants vont à M. le Professeur agrégé Laroyenne qui a bien voulu me faire l'honneur d'en accepter la direction. Il m'a si souvent éclairé de ses conseils et toujours avec une si parfaite bienveillance que je ne saurais l'oublier.

—— :o: ——

CHAPITRE I

DÉFINITION DE L'ÉVENTRATION. SES VARIÉTÉS. — LIMITATION DU SUJET.

Sous le nom d'éventration il faut comprendre, avec la plupart des chirurgiens modernes, les hernies qui se font sur un point quelconque de la paroi abdominale où n'existe pas normalement d'orifice pouvant donner issue aux viscères, ni de surface de faible résistance pouvant les laisser passer sous l'influence de la pression exercée par eux sur cette surface.

Il nous paraît indispensable, pour se faire de l'éventration une idée juste, de la différencier sans plus tarder de l'éviscération. Souvent ces deux termes ont été confondus : Tournemelle, dans sa thèse, en 1891, donne à l'éviscération le nom d'éventration aiguë, réservant celui d'éventration chronique à l'éviscération vraie. Sans vouloir instituer ici une querelle de

mots, nous essaierons, très brièvement, de dire ce qu'il faut entendre par chacun de ces termes.

Tandis que l'éventration est un état, l'éviscération est un fait. Le type de l'éviscération est représenté par l'issue des viscères à travers une incision qui ne s'est pas suffisamment cicatrisée. Dans les jours qui suivent une laparatomie, à l'occasion d'un effort ou à la suite d'un mode de suture défectueux, ou de toute autre cause, toutes les sutures lâchent et l'intestin est trouvé à nu sous le pansement ou sous la peau. L'absence de sac, voilà ce qui caractérise l'éviscération.

Au contraire, qui dit éventration suppose toujours un sac qui sépare de l'extérieur et de la peau les organes qu'il contient. Les parois du sac peuvent avoir ou non une grosse épaisseur. On peut les rencontrer excessivement minces dans certains cas, transparentes même ; mais toujours la cavité abdominale se trouve protégée par une paroi le plus souvent constituée par le péritoine plus ou moins doublé par un tissu cicatriciel. Si l'éventration est médiane, les muscles droits se laissent écarter et le tissu cicatriciel qui les unit et qui représente l'ancienne ligne de suture distendue de leur aponévrose double le sac péritonéal de l'éventration

L'éventration dont nous venons de parler est celle qui succède aux opérations. Celle que l'on appelle primitive et qui ne reconnait pas comme étiologie une ouverture opératoire de la paroi abdominale est différente. Elle survient chez les grandes multipares. Dans une excellente étude sur la physiologie de la paroi abdominale chez la femme enceinte, Glénard a montré le merveilleux fonctionnement de la ligne blanche.

« C'est, dit-il, une véritable soupape de sûreté : elle réalise une combinaison qui permet de sauvegarder les propriétés physiologiques des muscles et de concilier la libre expansibilité de l'utérus avec la ténacité des lames aponévrotiques indispensables au maintien des viscères. » Mais que les grossesses se répètent nombreuses et à peu d'intervalle chez la même femme, ou que la paroi ait une constitution faible, la sangle abdominale se laisse forcer et l'éventration se produit. Elle peut apparaître dans les mêmes conditions à l'occasion d'une tumeur quelconque : fibrôme de l'utérus, kyste de l'ovaire ou de l'ascite. En pareil cas, le tissu qui double le sac n'est pas du tissu cicatriciel, mais une aponévrose normale, l'ancienne ligne blanche distendue. Nous pouvons donc définir avec Quénu l'éventration vraie primitive de l'adulte, celle qui ne s'accompagne d'aucune solution de continuité de la ligne blanche et dans laquelle l'espace fibreux qui sépare les bords internes des muscles grands droits de l'abdomen est simplement distendu, élargi. Fréquemment aussi on constate l'éventration chez les femmes obèses. La graisse a envahi non seulement les plans sous-cutané et sous-péritonéal mais elle s'attaque aussi aux éléments musculaires et les aponévroses s'amincissent. Il y a là une dégénérescence graisseuse des droits qui perdent leurs propriétés d'élasticité.

Telles sont les variétés les plus fréquentes de l'éventration spontanée. Nous ne ferons que signaler les éventrations du nouveau-né que l'on doit rattacher à un arrêt de développement de la paroi abdominale. Il s'agit là d'une véritable malformation que l'on rencon-

tre généralement accompagnée d'autres vices de conformation.

Au début de ce chapitre, je n'ai qu'abordé la question des éventrations post-opératoires. Il est nécessaire d'en parler avec plus de détails, puisque c'est sur elles que doit porter notre étude.

Une femme a subi une laparatomie. Elle a quitté l'hôpital parfaitement guérie, croit-elle. Depuis quelques jours elle se lève, marche sans difficulté, la suture abdominale est parfaite. Bientôt elle reprend son travail, négligeant souvent de porter la ceinture qui lui avait été conseillée et peu à peu, elle s'aperçoit qu'en un point de la cicatrice apparaît une tumeur de volume variable, pouvant aller de la grosseur d'une noix à celle d'une tête fœtale ou plus encore, et qui se réduit quand la malade prend la position horizontale.

Les éventrations post-opératoires avaient pour cause principale autrefois, la non réfection immédiate de la paroi abdominale au niveau des larges orifices de drainage et de tamponnement. Une infection même légère de la ligne des sutures sous-cutanées est une autre cause des éventrations que l'on relève encore aujourd'hui. L'éventration se produit surtout après les opérations pratiquées dans des conditions d'asepsie douteuse ou pour des lésions suppurées dans le cas où un drainage a été nécessaire ; à la suite d'un hématome de la paroi ; bref, chaque fois que la paroi fibreuse s'est réunie par seconde intention. Il est d'ailleurs à remarquer que des opérées dont la paroi s'est cicatrisée dans ces conditions, présentent à leur sortie de l'hôpital une cicatrice parfaite en apparence. En la

saisissant, on la sent solide, bien constituée, mais cette solidité n'est qu'apparente ; c'est une fausse impression due à la dureté du tissu inodulaire qui se laissera distendre au bout de quelque temps.

Suivant les conditions dans lesquelles se produira l'éventration, son siège variera. Les éventrations médianes sont les plus fréquentes. Au-dessus de l'ombilic toutefois, elles sont rarement observées. On se demande pourquoi. Dans cette région en effet, les hernies se rencontrent bien ; les interventions sur l'estomac appartiennent aujourd'hui à la chirurgie courante ! Peut-être faut-il invoquer, pour expliquer cette fréquence moindre des éventrations sus-ombilicales, une disposition spéciale des éléments de la ligne blanche qui lui donne une résistance toute particulière et surtout en un point où il y a poussée moindre de la part des organes abdominaux. Nicaise, il est vrai, a parlé d'éventration sus-ombilicale à propos de ces malformations chez le nouveau-né où les viscères, le cœur même sont presque à nu, recouverts seulement par une membrane mince assez analogue à l'amnios, mais nous avons déjà dit que ces difformités congénitales n'avaient rien de commun avec notre sujet.

Il n'en est plus ainsi pour la région sous-ombilicale. Fréquemment ici on intervient pour les affections gynécologiques : on doit souvent pratiquer de longues incisions pour enlever des tumeurs de l'utérus ou de l'ovaire. Les parois abdominales ont à subir davantage à ce niveau, la poussée constante des viscères. C'est là enfin, que la distension est le plus accentuée à l'occasion d'une grossesse.

En dehors de la ligne médiane, l'éventration post-opératoire était très souvent observée et aux débuts de l'appendicectomie l'éventration latérale se voyait si fréquente que Reclus, en 1895, avouait à la Société de Chirurgie de Paris « le seul inconvénient qui soit de nature à me faire hésiter dans l'intervention pour l'appendicite, c'est l'éventration ». Disons bien vite que les petites incisions en faveur aujourd'hui, que la préférence donnée à la méthode « à froid », qu'enfin le soin apporté à la réfection des parois en ont fait diminuer considérablement le nombre ; mais que cependant, en raison de sa fréquence, le traitement chirurgical de l'appendicite reste la cause la plus habituelle des éventrations latérales. L'éventration peut se voir aussi sur le trajet des incisions pour cholecystectomie, pour néphrectomie par la voie transpéritonéale, pour anus iliaque. On a même cité des observations où la cause de l'éventration avait été la simple ouverture d'un abcès de la paroi.

Dans cette étude, nous nous occuperons seulement de la variété la plus fréquente : celle des éventrations médianes, sous-ombilicales et post-opératoires. Elles sont généralement moins lentes à se développer que les éventrations spontanées ; les symptômes qu'elles présentent sont habituellement plus graves ; bref, elles réclament plus souvent une intervention.

Nous appliquerons enfin le procédé du Dr Albertin aux hernies ombilicales de l'adulte qui, tant au point de vue anatomo-pathologique qu'au point de vue symptomatique se rapprochent de l'éventration.

CHAPITRE II

TRAITEMENT DES ÉVENTRATIONS POST-OPÉRATOIRES. — PROCÉDÉS ORTHOPÉDIQUES ET CHIRURGICAUX.

Moyens palliatifs.

Chez certaines malades dont la vie n'est pas très active, l'éventration est une infirmité un peu gênante mais insuffisante pour nécessiter une intervention. Dans ce cas il est indiqué d'instituer le port de la ceinture. Le modèle courant consiste tout simplement en une bande roulée ou en une ceinture élastique, qui, en même temps qu'elle maintient réduite l'éventration, peut protéger et renforcer la paroi. Si l'orifice de l'éventration est bien limité, on renforce à son niveau la ceinture par une pelote résistante, arrondie ou ovalaire, suivant les cas. Parfois, le seul port de cette ceinture soulage considérablement les malades. Mais

ailleurs les malades souffrent, la tumeur augmente, la ceinture devient impuissante à empêcher son développement progressif. L'opération, si le malade la réclame, peut trouver son indication.

Indications de la Cure chirurgicale

Avant de faire l'exposé des méthodes sanglantes préconisées pour la cure radicale des éventrations, il semble qu'il n'est pas inutile de donner les motifs capables de les justifier. Quand il n'y a pas de contrindications formelles : obésité, cachexie, l'opération semble indiquée toutes les fois que la tumeur se développe de façon progressive ou que les troubles qu'elle occasionne acquièrent une certaine gravité. Une éventration est d'ailleurs toujours une source de dangers que la cure radicale peut faire disparaître.

Troubles fonctionnels.

L'éventration une fois produite tend à se développer. De faible volume au début, elle ne gêne pas la malade qui continue à vaquer à ses occupations. Mais peu à peu la tumeur augmente et par sa masse d'abord et aussi par les troubles qu'elle entraîne, pousse la malade à demander une intervention. Il existe des types vraiment douloureux d'éventration. Il n'y a pas de rapport entre l'intensité des phénomènes douloureux et le volume de la tumeur. De très petites éventrations occasionnent de grosses souffrances, alors que de très volumineuses restent absolument indolores. Les caractères de cette douleur varient à l'infini : chez telle malade elle a des caractères nettement paroxystiques,

une localisation fixe, le plus souvent lombaire ou encore elle s'irradie plus ou moins loin. Chez d'autres, il n'y a pas de douleur à proprement parler; il s'agit surtout d'une sensation pénible, d'une sensation de pesanteur abdominale et de fatigue générale qui se manifeste à la fin de la journée.

Souvent les porteuses d'éventration sont des dyspeptiques. Il faut rechercher la cause des troubles qu'elles accusent dans la ptose généralisée des viscères que provoque la dislocation de la paroi abdominale. L'appétit n'est pas régulier, les digestions sont lentes et difficiles; la constipation résiste aux médications ordinaires. Ce sont là des perturbations qui ne tardent pas à retentir sur le système nerveux en augmentant pour les malades les causes de souffrance et de dépression. Le moral est fâcheusement affecté. C'est à ces malades que l'on peut bien donner le nom de « déséquilibrées du ventre ».

Dangers.

A côté de ces troubles on peut craindre de véritables dangers. L'étranglement est moins fréquent dans l'éventration que dans la hernie ordinaire : le collet de l'éventration est large ou absent parfois, mais il existe fréquemment des adhérences qui peuvent devenir des agents d'étranglement. C'est là un accident qui n'est pas rare et toujours très grave.

Enfin, malgré sa rareté, nous devons signaler la rupture de l'éventration. Dans la post-opératoire, la qualité de la cicatrice cutanée est à envisager, son ul-

cération et celle du sac sous-jacent mettent la cavité de l'éventration en communication avec l'extérieur.

Procédés opératoires.

La cure radicale des éventrations confond les débuts de son histoire avec celle des hernies ombilicales ou ventrales avec lesquelles elle était étudiée.

Gerdy, en 1846, voulant traiter opératoirement une volumineuse éventration emploie le procédé qui lui est familier pour la cure des hernies inguinales : il invagine le sac, en avive les bords avec un caustique, l'ammoniaque, puis ferme l'orifice extérieur.

Sans vouloir entrer ici dans le détail des procédés multiples qui ont été proposés et sont décrits dans de nombreux ouvrages, nous donnerons le principe des trois grandes méthodes qui portent les noms de Simon (de Heidelberg), de Chrobak et de Maydl, et qui marquent les grandes étapes de la question. Autour d'elles viennent se grouper en quantité des sous-procédés; chacun d'eux apporte son caractère original, un point de détail nouveau. Suivant que l'opération respecte le péritoine ou qu'elle l'aborde franchement, ces méthodes principales elles-mêmes peuvent être réparties en extrapéritonéales et intrapéritonéales.

Méthode extrapéritonéale.

Procédé Simon. — Dans les Archives de Tocologie et de Gynécologie, en 1892, Goullioud donnait la description du procédé : Simon, après avoir réduit l'intestin hernié déprime la peau vers la cavité abdominale; il fait alors une incision circulaire qui pénètre

jusqu'aux couches profondes du tissu cellulaire sous cutané, de façon à avoir un avivement de deux centimètres de large. Les surfaces d'avivement se réunissent en haut et en bas à angle aigu. On réunit tout d'abord par une suture superficielle les bords internes et postérieurs de la plaie. On ferme ainsi le cul-de-sac cutané formé par l'invagination de la hernie ventrale. Puis, on place une série de sutures plus superficielles et demi profondes pour rapprocher le reste de la surface avivée. On place un petit drain dans l'angle inférieur de la plaie, afin de permettre l'élimination des produits sécrétés par la plaie et par la peau et qui s'accumuleraient dans l'espace situé en arrière de la suture.

Le procédé Simon a été employé aussi par Hégar, Hoffa, Ballandin. Jaboulay a essayé de le ressusciter. Sa manière de faire est exposée tout au long dans la thèse de son élève Serrullaz.

Tels sont les procédés d'invagination qui ne diffèrent entre eux que par des points de détail. Disons qu'au temps où l'asepsie n'existait pas, ils ont pu rendre quelques services, mais qu'aujourd'hui ils ne doivent trouver leur indication que dans des cas exceptionnels. Et pourtant la méthode extrapéritonéale compte encore des adeptes. Les uns, avec Quénu, jugent l'ouverture du péritoine inutile ; d'autres, comme Fournier (d'Amiens), la jugent dangereuse.

Procédé de Chrobak. — Chrobak incise la ligne médiane sur toute la hauteur de l'éventration ; il dissèque le tissu sous-cutané et la portion aponévrotique, et

arrive sur le péritoine qu'il refoule, sans l'ouvrir, vers la cavité abdominale. Il applique sans ouverture des gaînes un premier plan de sutures profondes qui comprend le plan fibreux et le plan musculaire, puis, il résèque de chaque côté de la plaie la peau qui est en surplus et applique une suture superficielle sur le plan cutané.

Goullioud opère de façon presque identique. Mais alors que Chrobak suturait par dessus le sac refoulé les bords internes des gaînes non ouvertes des muscles droits, Goullioud ouvre ces gaînes longitudinalement sur leur bord interne.

Quénu enfin suture les muscles droits décollés de leurs gaînes et amenés au contact.

Méthode intrapéritonéale.

Procédé de Maydl. — Après avoir excisé une portion du sac herniaire à l'aide d'une incision elliptique intéressant toute son épaisseur, il ouvre la cavité péritonéale et refoule l'intestin. Puis il dispose les plans de suture de la façon suivante : péritoine, lèvres postérieures des surfaces de section des droits, corps musculaires et lèvres antérieures des surfaces de section, peau. Entre le premier et le deuxième plans de sutures, Maydl place un tube de drainage.

Ce procédé a été adopté par la plupart des chirurgiens ; les modifications qu'on lui a fait subir portent sur les détails de la suture cutanée ou du plan musculo-aponévrotique. Certains auteurs l'ont modifié dans le temps de l'incision cutanée (le Dentu, Depage, Rouffart de Bruxelles), qui ont appliqué toute leur

attention à faire une bonne sangle cutanée à l'aide d'incisions parfois très complexes.

Tous ces procédés jugent essentielle l'ouverture de la gaîne des droits. Leurs auteurs prétendent qu'il est impossible, sans ce petit détail opératoire, d'obtenir une reconstitution de la paroi offrant toute garantie de solidité. Pour d'autres, ne sont indispensables ni l'ouverture de la gaîne, ni la suture séparée des feuillets profonds et superficiels de ces gaînes.

Ces procédés ont donné des succès à leurs auteurs. Quel que soit celui qu'on emploie, nous posons en principe que pour toute cure radicale d'éventration post opératoire il est des points essentiels acquis.

1° Le péritoine doit être ouvert.

Poser le diagnostic d'adhérences est chose difficile. On sait d'autre part que ce sont elles qui causent la plupart des troubles qu'accusent les malades, que ce sont ces adhérences encore qui les menacent de la grave complication de l'étranglement. Or, peut-on dans les cas où les adhérences seraient curables, se contenter de réduire la portion hernice ? A-t-on le droit de laisser subsister de telles sources de dangers ? Non. D'emblée, il faut ouvrir le péritoine : dans ces seules conditions on opère au grand jour, on voit les adhérences, on les libère et si vraiment on refait une bonne paroi, la malade a les plus grandes chances de voir disparaître les troubles qui lui ont fait demander l'intervention.

Cette ouverture du péritoine est nécessaire aussi pour permettre une bonne reconstitution de la paroi. A tout prix il faut éviter de laisser l'amorce d'un sac,

de créer de ces replis péritonéaux, véritables infundibula où l'intestin peut s'engager et qui donnent à l'opérée les plus grands risques de voir un jour ou l'autre reparaître son éventration. Ouvrir le péritoine est le seul moyen de se rendre exactement compte de la portion de séreuse qu'il est nécessaire de réséquer pour avoir, après suture, un plan péritonéal parfait.

2° Il faut suturer les bords aponévrotiques des droits.

Nous ne reviendrons pas sur la querelle entre les partisans de la suture en masse et ceux qui préconisent la suture par étages. Ces derniers paraissent l'avoir emporté et tous les laparotomistes aujourd'hui mettent tous leurs soins à suturer plan par plan les éléments de la paroi. Mais au sujet du second plan, il est un point capital : c'est la suture des aponévroses. Peu importe que les muscles soient ou ne soient pas suturés, mais il faut que les aponévroses le soient.

3° Il faut réséquer le sac cicatriciel.

Il y là, en effet, toute une portion de paroi qui a été distendue par l'éventration; elle a pu subir des troubles trophiques; les éléments en sont disjoints, bref, elle est dans un tel état d'affaiblissement qu'on ne peut songer à l'employer de façon utile à la paroi nouvelle. Toute suture sur ce tissu de cicatrice sera difficile, les fils lâcheront. Anssi importe-t-il de réséquer ce tissu mauvais, de le faire aussi largement que possible en ayant soin cependant, d'éviter de créer une perte de substance telle qu'au moment de suturer la paroi, on ne puisse plus ramener au contact les lèvres de l'incision. En somme, rséqéuer le sac, e'est enlever à la

paroi l'étoffe mauvaise qu'est le tissu de cicatrice, c'est se mettre dans les conditions d'une laparatomie ordinaire, c'est avoir les plus grandes chances d'obtenir une bonne cicatrisation.

Ces points nous paraissent capitaux dans la cure radicale des éventrations et sans chercher à faire la description des procédés de cure radicale de la hernie ombilicale chez l'adulte, on peut dire qu'ils s'inspirent des mêmes perfectionnements que la cure des éventrations.

CHAPITRE III

DIFFICULTÉS DE CES OPÉRATIONS

Malgré tous les perfectionnements techniques, la cure de l'éventration est encore considérée comme une opération laborieuse et quelquefois grave. Cela tient aux difficultés que l'on rencontre soit à l'intérieur du sac, nous les appellerons difficultés intrasacculaires, soit du côté de la paroi, difficultés pariétales.

Difficultés Intrasacculaires.

Elles se résument dans la présence d'adhérences qui réunissent l'épiploon ou l'intestin au sac de l'éventration. Ces adhérences sont généralement le résultat d'un processus inflammatoire déterminé par la nature de l'intervention chirurgicale. Une opération septique, une appendicite opérée à chaud, une intervention sur une péritonite suppurée en favorisent le développe-

ment. Très souvent, il se fait un accolement entre la ligne d'incision en voie de se cicatriser et les anses intestinales enflammées. Les adhérences peuvent revêtir des aspects bien différents ; ici, ce sont des lames fibrineuses plus ou moins développées, constituant parfois de véritables bandelettes qui laissent aux organes qu'elles unissent des mouvements étendus. Ailleurs, les organes sont soudés de façon très intime aux parois du sac, il y a soudure en quelque sorte ; ce sont vraiment ces adhérences qui méritent le nom de virtuelles.

Généralement, les franges épiploïques sont adhérentes au diverticule, à son enveloppe la plus interne, le péritoine. Il est plus rare, et très heureusement, que ce soit les anses intestinales qui adhèrent au péritoine. La séreuse ne constitue pas toujours à l'éventration une enveloppe complète. Il n'est pas rare, en effet, de trouver les plans divers de la paroi nettement distincts encore au niveau du collet, mais, au delà, ils se fusionnent et au fond du sac, la peau n'est quelquefois doublée que de tissu cicatriciel, le péritoine lisse a disparu, s'est altéré, dépoli. Dans ces cas, les adhérences unissent vraiment les organes herniés à la peau.

Comme symptômes révélateurs de ces adhérences, on pourrait placer ici les troubles que nous avons énumérés précédemment et qui justifient la cure radicale de l'éventration.

Et pourtant, il n'est pas de signe qui permette de les diagnostiquer à coup sûr ; seule, l'ouverture du péritoine en révèle l'existence au chirurgien. Or, dans la cure de l'éventration, il faut bien partir de

ce principe que l'intervention est réclamée par des troubles graves, que ceux-ci relèvent principalement des adhérences et qu'ils cesseront seulement si ces adhérences sont détruites et leur reproduction rendue impossible par une réfection correcte de la paroi et de la séreuse péritonéale. Mais là est la difficulté.

Lorsqu'elles sont étroites, les adhérences créent au chirurgien de grands ennuis opératoires. Aussi, l'éraflure des anses intestinales, leur déchirure même ne sont-elles pas chose rare au cours d'une intervention chirurgicale.

Les adhérences peuvent se faire dans toute hernie comme dans toute éventration. Au début, entre les organes, elles sont courtes, de longueur nulle ; plus tard seulement, à la suite de tiraillements incessants, elles vont acquérir des dimensions réelles qui faciliteront considérablement leur libération. Au chirurgien d'attendre, dès qu'il soupçonne leur formation, que l'élongation des adhérences ait eu le temps de se produire.

Il ne faut donc opérer que tard, plusieurs mois, une année même, après l'apparition des symptômes qui les font soupçonner. Alors seulement, on interviendra sur elles, sans crainte de blesser l'intestin et certain, ou à peu près, de pouvoir pratiquer facilement leur décollement.

C'est pour parer à ces inconvénients qu'ont été imaginés les procédés qui pénètrent d'abord en dehors de l'éventration, dans le péritoine libre d'adhérences. Celles-ci seront décollées plus facilement de dehors en dedans. Ces procédés, appliqués soit à la cure des

éventrations, soit à celle des hernies ombilicales, ont pour type l'omphalectomie de Condamin.

Dans cette méthode, l'ombilic est circonscrit dès le début de l'opération par une double incision semi-ovalaire des téguments. A ce moment, Condamin attaque d'un côté la gaîne dédoublée des droits en dehors de l'anneau, et va ainsi jusqu'au péritoine qu'il incise en dehors du collet du sac. L'incision circulaire de la gaîne des droits est ensuite complétée aux ciseaux ; de cette façon, l'anneau fibreux se trouve extirpé avec le sac « comme s'il s'agisaait d'une tumeur ». Ce n'est qu'après cette extirpation que le collet est ouvert de dedans en dehors et que le contenu de la hernie est traité comme il convient.

Au sujet des adhérences, Condamin, parlant d'ailleurs des hernies ombilicales, ce qui revient au même, conseille d'opérer comme il suit : « Si vous trouvez « des adhérences solides, libérez-les, dit-il, en sculp- « tant avec des ciseaux ou le bistouri dans l'épaisseur « des couches profondes du sac. Vous laissez ainsi à « la surface de l'intestin quelques fragments de « téguments cruentés ; mais, après libération complète, « vous pourrez en exciser une partie et adosser les « bords de ceux que vous laisserez, pour éviter une « surface sanguinolente dans l'intérieur du péritoine. « L'intestin, à ce moment, peut être réduit sans danger « et les bords de la plaie réunis par plusieurs étages « de sutures comme dans une laparotomie ordinaire».

Difficultés Pariétales.

A côté des difficultés que l'on rencontre à l'intérieur du sac, il en est d'autres qui tiennent aux parois.

Nous avons posé en principe que l'ablation du sac était de toute nécessité dans la cure des éventrations. Supposons-le excisé ; le chirurgien se trouve devant un orifice très large parfois et qu'il faut à tout prix refermer. Or ses bords, dans les divers plans, sont faits de tissu cicatriciel, de tissu friable, de mauvaise qualité et sur lesquels il va falloir tirer fort pour les amener au contact. Le péritoine, en outre, est mince ; l'aponévrose, quand elle existe, a perdu sa résistance du fait de sa distension. Il est clair, dans ces conditions, que les tractions risquent souvent d'amener la déchirure de ces membranes.

D'autre part, les muscles droits circonscrivent une ellipse plus ou moins développée, dont l'axe horizontal peut atteindre une grande largeur.

On prévoit quelle force il va falloir développer dans les tractions pour les amener au contact, surtout si l'éventration est ancienne et si les muscles sont rétractés. Ces difficultés sont grandes certes et combien de chirurgiens, ayant dans le premier temps reséqué leur sac, ont devant eux une plaie très large et en sont à se demander, avec l'anxiété que l'on conçoit, de quelle façon il vont refermer le ventre !

Là, je laisse la parole à Condamin dont je rapporte textuellement l'avis qu'il formulait au Congrès international de Genève : « Il existe, dit-il, dans certaines « circonstances, des pertes de substance telles, résultant « soit d'une omphalectomie, soit d'une cure radicale « d'éventration par la résection du sac jusqu'à la gaîne « des droits, soit d'une ablation de fibrôme de la paroi, « etc., que le chirurgien ne voit pas la possibilité de

« rapprocher jusqu'au contact les bords aponévro-
« tiques par les sutures habituelles et se contente d'une
« couverture uniquement cutanée. Le cas le plus
« fréquent se présente pour les hernies ombilicales
« volumineuses. La grande généralité des chirurgiens
« acceptent comme méthode de choix l'omphalectomie
« totale avec ouverture des gaînes quand il s'agit
« d'une hernie petite et moyenne. Mais, en face d'une
« hernie volumineuse, la peur bien justifiée de ne
« pouvoir amener au contact les bords des droits, fera
« respecter une partie du sac fibreux pour avoir au
« moins l'étoffe d'une suture complète sous-cutanée,
« quitte à s'attendre à une récidive dans un délai
« variable. Quel est le chirurgien qui, en face d'une
« éventration un peu volumineuse, ne se demande,
« avant d'opérer, s'il pourra rapprocher les bords
« aponévrotiques parfois distants de quinze à vingt
« centimètres, et n'ait refusé une intervention sanglante
« dans cette crainte ? N'est-ce pas la même appréhen-
« sion qui fait hésiter d'opérer dans les péritonites où
« la tension abdominale est telle que l'on se demande
« si l'on pourra, après les lavages ou autre thérapeu-
« tique, réintégrer les anses intestinales et suturer
« par-dessus ».

C'est pour éviter une telle situation que divers petits moyens ont été mis en œuvre. Pour redonner droit de domicile à l'intestin dans la cavité abdominale qui paraît n'avoir plus les dimensions suffisantes pour le recevoir, on mettra la malade au lit, lui recommandant le repos le plus complet dans les jours qui

précèdent l'opération. On pourra aider le maintien de la hernie en plaçant sur l'éventration un sac garni de sable ou encore à l'aide d'une ceinture de caoutchouc. Ce sont là, nous le répétons, des petits moyens qu'il est bon de ne pas négliger.

Certains auteurs, considérant avant tout dans l'éventration une affection dans laquelle les différents éléments de la paroi sont altérés dans leur constitution et leur vitalité, ont songé à remédier au défaut de résistance des éléments naturels par des artifices portant :

1° Soit sur les tissus des différents plans, sauf les muscles ;

2° Soit sur les muscles ;

3° Soit plus particulièrement sur leurs gaînes.

Les auteurs qui se sont astreints à renforcer la paroi soit par le dédoublement de ses plans fusionnés, soit par leur chevauchement, ont appliqué leurs procédés exclusivement à la cure des hernies ombilicales ; mais ils parlent tous de l'application de leur méthode à la cure des éventrations. A ce titre, nous en donnons l'indication.

Reconnaissant la nécessité d'augmenter la surface d'avivement, Lawson Tait propose le dédoublement du plan fibreux. Ce procédé est repris par Zœnger, de Leipzig, qui en décrit la technique :

« Incision de l'ombilic et de l'anneau ombilical ;
« puis, de chaque côté, je fais la division de la lame
« fibreuse aponévrotique de la ligne blanche en deux
« plans superposés. Cette division est pratiquée à

« l'aide d'une incision profonde d'environ un centi-
« mètre, incision portant sur la tranche de la paroi
« fibreuse et suivant un plan parallèle au péritoine
« pariétal et à la paroi. La plaie qui en résulte et qui
« occupe la place de l'ombilic fibreux, peu vasculaire,
« est fermée par une suture à la soie ».

Zœnger obtient donc deux lambeaux : l'un composé de la couche fibreuse adhérente à la peau, l'autre de la couche fibreuse adhérente au péritoine. Ce sont deux surfaces largement cruentées qu'il adosse par deux plans de sutures.

Sapiejko tire parti de deux méthodes. Il associe à la fois le dédoublement de l'anneau ombilical que propose Lawson Tait et le chevauchement des deux lèvres de l'anneau ombilical, comme le fait Savariaud.

Il dédouble les deux lèvres de l'incision de la paroi abdominale sur une largeur de plusieurs centimètres, quinze centimètres au besoin, et fait porter son dédoublement au niveau de la face superficielle de l'aponévrose. Il obtient ainsi deux feuillets péritonéo-aponévrotiques comprenant, dans leur épaisseur, les muscles droits qu'il croise l'un au devant de l'autre à la façon des deux pans d'un gilet double. Il les fixe en cette situation par des sutures qui unissent leurs bords à la face profonde de la paroi abdominale. Il résèque la portion de peau exubérante et la réunit sur la ligne médiane.

D'autres procédés demandent au plan musculaire le renforcement de la paroi.

Dauriac incise la gaîne des droits sur son bord interne et dégage les muscles de leurs adhérences.

Il taille alors sur chacun des droits une bandelette longitudinale dont la largeur représente le tiers de la largeur totale du muscle et dont la hauteur est celle de l'incision péritonéale. Il sectionne chacune d'elles à l'une de ses extrémités, puis l'entrecroise sur la ligne médiane, au niveau de l'ancien ombilic, avec celle du côté opposé.

J.-L. Faure détache, le long du bord interne du feuillet antérieur de la gaîne de chaque droit, une languette d'un centimètre de large sur douze à quinze centimètres de long. Cette languette est laissée d'un côté adhérente, par son extrémité inférieure, au reste de la gaîne, tandis que l'autre, c'est l'extrémité supérieure qui reste fixée à l'aponévrose dont elle émane. Il fait passer avec une pince de Kocher chacune des languettes alternativement dans les muscles droits, en s'éloignant assez de leur bord libre pour traverser l'aponévrose. Il termine son surjet en nouant les deux languettes ensemble vers le milieu de la plaie.

Noble, renforce la paroi par deux volets aponévrotiques qu'il taille dans l'aponévrose externe des droits et qu'il rabat comme deux volets au devant de l'éventration.

Bien avant lui, Bessel Hagen avait un procédé très analogue mais ses lambeaux intéressaient le muscle avec l'aponévrose. Il retournait ses lambeaux de telle sorte, que le feuillet antérieur de la gaîne était directement appliqué sur le plan fibropéritonéal qu'il avait déjà suturé.

Hammerfahr libère les droits en avant et en arrière, mais sans toucher à leurs gaînes. Des fils d'argent

passent en arrière de la gaîne et ressortent de chaque côté à la partie externe des droits. En les serrant, il obtient un rapprochement en masse de ces muscles.

Pozzi enfin, propose dans les cas où l'écartement des muscles est grand, des incisions verticales pratiquées en plein muscle. En même temps qu'elles dissocient les fibres musculaires, elles permettent au chirurgien d'étaler convenablement le muscle.

En somme, la plupart de ces procédés cherchent à mobiliser les plans musculo-aponévrotiques de la paroi abdominale soit par glissement, soit en taillant de véritables lambeaux, pour les amener au devant de la brèche à combler.

Ils ont le défaut de compliquer encore une opération déjà difficile et de demander à des tissus de qualité souvent médiocre une adaptation autoplastique.

CHAPITRE IV

PROCÉDÉ DU Dr ALBERTIN

Avant d'en entreprendre la description, il semble indispensable de donner, en schéma, la coupe d'une éventration, ce qui permettra de bien comprendre les figures qui accompagnent le texte *(Figure I)*.

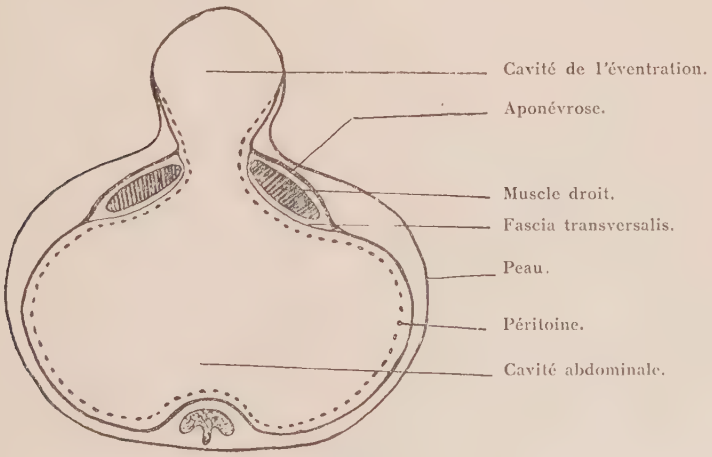

FIGURE I

Coupe horizontale de la cavité abdominale au niveau de l'éventration (Schéma)

1er Temps. — On pratique, sur la ligne médiane, une incision dépassant, en haut et en bas, les limites de l'éventration. Cette incision intéresse la peau et le tissu cicatriciel. On pénètre ainsi d'emblée dans le diverticule péritonéal. Sur chacune des lèvres de l'incision, on place une pince de Museux et l'on tire verticalement *(Figure II)*.

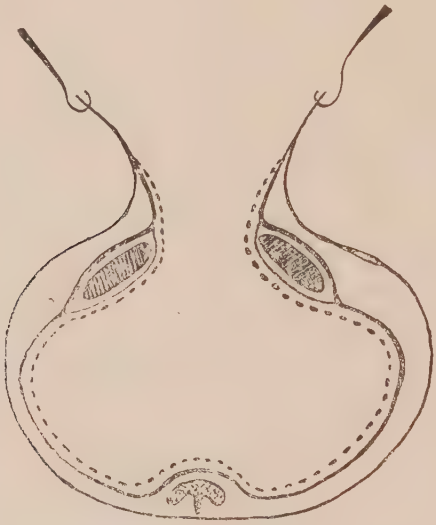

Figure II

2e Temps. — Suivant les procédés habituels, on libère le contenu de l'éventration, anses intestinales ou épiploon, des adhérences s'il y a lieu. Puis on réduit, par refoulement, les organes herniés. On place sur la masse intestinale une large serviette pour la protéger. On met la malade en Trendelenburg.

3e Temps. — Sans avoir donné un coup de ciseaux ou de bistouri (autre que celui de l'incision première du sac), sans se préoccuper de la situation des droits par rapport à la ligne médiane, on va faire la suture du péritoine. Tandis

que l'aide tire verticalement sur les pinces tire-col, le chirurgien saisit, avec l'aiguille, le péritoine en pleine surface, au niveau de l'union de la cavité abdominale et de celle du sac, c'est-à-dire au niveau du collet. Il suture, par *adossement*, le péritoine sur la ligne médiane en retirant la serviette protectrice à mesure que le surjet avance *(Fig. III)*.

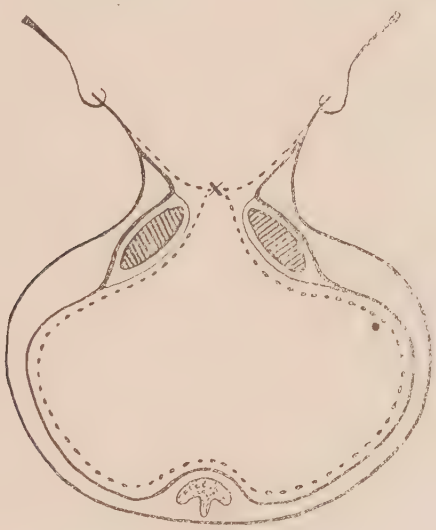

Figure III

4e Temps. — La cavité péritonéale est, dès maintenant, fermée par un surjet qui se trouve placé sur la ligne médiane. Alors, en éversant en dehors les lèvres de l'incision, tirées par les pinces, le chirurgien voit saillir, sous le péritoine, les muscles droits. Au niveau de leur bord interne, au bistouri, il sectionne le péritoine sur tout le pourtour de l'éventration. Dans ce même temps, il libère les muscles et laisse attenante au sac cutané qu'il résèquera plus tard, le péritoine qui constituait le sac véritable de l'éventration, Il faut bien se garder de sectionner la séreuse trop près du surjet qui a fermé la cavité péritonéale. Dans

ces conditions, il reste, de chaque coté du surjet, une lamelle péritonéale. Ces deux portions de péritoine en surplus sont réunies par un nouveau surjet qui vient doubler le premier *(Figure IV)*.

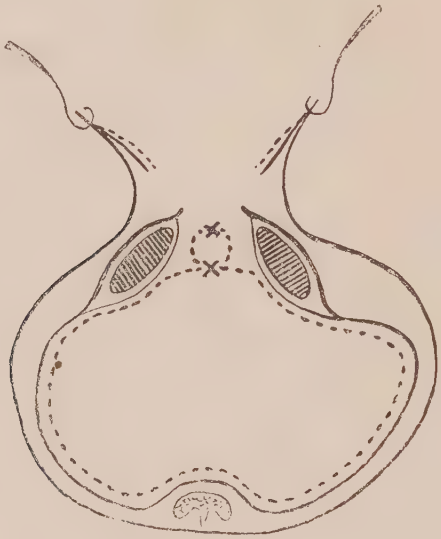

Figure IV

5e Temps. — Le temps précédent a permis de repérer les droits que l'on voit à travers la séreuse sous forme de deux bandes longitudinales et sombres. On embroche leurs aponévroses que l'on suture par un surjet que l'on arrête souvent. Sur ces mêmes aponévroses, on place quelques points dits de sûreté *(Figure V)*.

6e Temps. — En se servant des pinces de Musèux comme tracteurs et en croisant les deux lèvres de l'incision, on peut fixer très exactement la limite de résection du sac cutané. Mieux vaut en enlever moins que trop. On le résèque au bistouri ou aux ciseaux.

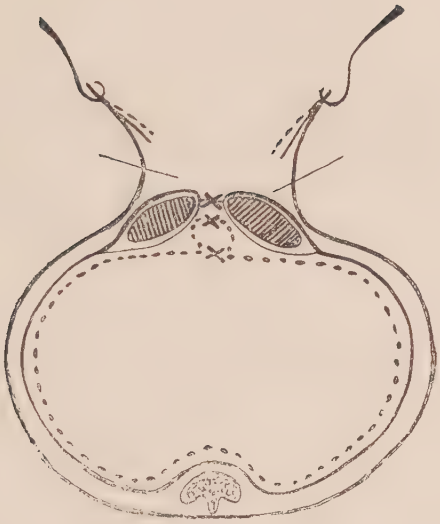

Figure V

7e Temps. — On procède à la suture cutanée qui se fait soit aux crins de Florence soit aux agrafes de Michel.

On mettra, bien entendu, la malade dans les conditions qui éviteront la récidive : repos absolu au lit, l'abdomen maintenu par un bandage de corps serré. On veillera, avec beaucoup de soin, à ce que la malade ne vomisse ni ne tousse ; au besoin, on prescrira les opiacés. On assurera la régularité des selles ; on combattra la constipation et le tympanisme. Enfin, on évitera tout effort violent pouvant amener la rupture des tissus en voie de cicatrisation.

Le chirurgien attendra une réfection complète de la paroi pour permettre à la malade de se lever. Elle ne le fera qu'avec beaucoup de prudence et le ventre soutenu par une ceinture bien adaptée, à porter au moins pendant les premiers temps qui suivent l'opération.

CURE DES HERNIES OMBILICALES

Le procédé que nous avons décrit, et proposé pour la cure radicale de l'éventration, est applicable en tous points à celle des hernies ombilicales de l'adulte. Nous ne ferons que rappeler les temps principaux :

Section du sac sur la ligne médiane ;

Traitement des viscères inclus ;

Réintégration de ceux-ci ;

Suture du péritoine ;

Suture de l'aponévrose ;

Excision du sac ;

Suture cutanée.

AVANTAGES DU PROCÉDÉ ALBERTIN

Dans les procédés classiques intra-péritonéaux, l'excision du sac et de la peau exubérante qui le recouvre se fait avant la fermeture du péritoine. Cette excision donne quelquefois du sang et l'hémostase de la tranche de section peut se prolonger un instant. C'est un avantage du procédé du Dr Albertin que cette excision et l'hémostase qu'elle entraîne sa font après cohésion du péritoine.

Facilité plus grande de la fermeture du péritoine

Après excision première du sac, comme dans les procédés classiques, nous avons dit déjà quelle peine on pouvait avoir à refermer le péritoine. La difficulté tient à deux facteurs : on a quelquefois retranché une quantité trop grande de péritoine, et, d'autre part, le péritoine friable se déchire sous les tractions. Il faut, en effet, après réduction des organes herniés, charger sur l'aiguille les deux lèvres de la séreuse. Mais, ne l'oublions pas, celle-ci a été distendue. Du fait de cette distention, elle a perdu plus ou moins ses

qualités de résistance et d'élasticité et, si loin que l'on embroche les lèvres péritonéales, on s'expose à les voir se déchirer dans l'effort qu'il faut déployer pour les amener au contact. Or, ces tractions fortes sont obligatoires quand l'éventration est large, dans le cas, par exemple, de la malade dont nous apportons l'observation.

Dans le procédé du Dr Albertin, ces deux causes de difficultés disparaissent ou s'atténuent : l'excision du péritoine n'a pas encore été faite ; la suture portera au point précis où la réunion sera possible. Mais aussi le péritoine n'a pas été excisé, décollé ; il est partant moins friable et les deux lèvres du sac, munies de leur pince tire-col, sont d'excellents tracteurs. Le chirurgien, du reste, saisit avec l'aiguille le péritoine en pleine surface ; il peut même, pour exercer ses tractions avec plus de sécurité, embrocher avec le péritoine la lame aponévrotique postérieure. On conçoit bien, dans ces conditions, que l'on puisse tirer assez fort et sans craindre la déchirure.

Facilité plus grande de la recherche de la gaîne des droits et de leur suture

On sait quelle difficulté avait souvent le chirurgien pour repérer les droits. L'atrophie les réduit parfois à de très minces languettes que l'on a quelque peine à découvrir. La difficulté est encore plus grande lorsque les muscles ont subi la dégénérescence graisseuse.

Or, pour les découvrir, dans les procédés ordinaires, le chirurgien procède de la superficie vers la profondeur, c'est-à-dire de la surface cutanée au péritoine. Il est obligé, quelquefois, de rayer au bistouri, en plusieurs endroits, le tissu scléreux et vasculaire sous-cutané pour arriver à cette gaîne rétractée latéralement. Ordinairement, cette recherche

est hémorragique, car le tissu conjonctif sous-cutané renferme de très nombreux vaisseaux néoformés. Si minimes que soient les incisions pratiquées pour découvrir l'aponévrose, elles contribuent à affaiblir encore des tissus déjà peu résistants.

Dans le procédé du Dr Albertin, cette recherche du bord des droits est facile et avasculaire, parce qu'elle se fait de la profondeur vers la superficie, c'est-à-dire en partant du péritoine. Ce péritoine recouvre les muscles de sa faible épaisseur et, immédiatement, par transparence, on reconnaît leur gaîne. Cette gaîne trouvée, on la suture par un surjet, comme dans une laparotomie ordinaire. Cette suture est rendue plus facile par ce fait que la suture péritonéale a rapproché déjà les droits. Du reste, les pinces de Museux, placées au début de l'opération, aident considérablement à leur rapprochement.

Evaluation exacte de la quantité de paroi et de sac à réséquer.

Souvent le chirurgien, dans les procédés classiques, a réséqué, dans les premiers temps de son opération, plus d'étoffe qu'il n'aurait fallu et, au moment de suturer, il va se trouver dans la situation angoissante que nous avons déjà dite.

Au contraire, dans le procédé que nous décrivons, cet accident ne peut se produire puisque la suture précède l'excision. On se rendra quelquefois compte de l'impossibilité de fermer l'abdomen sans conserver un peu de tissu cicatriciel et, bien que la cure radicale ne soit plus alors parfaite, il vaudra encore mieux se résoudre à cet expédient que d'être exposé à manquer de tissu.

Le procédé Albertin satisfait, d'autre part, à tous les desiderata d'une bonne cure d'éventration : excision du sac, réunion des aponévroses. Peut-on lui reprocher de ne pas faire précéder la suture du péritoine de son avivement ? Nous ne croyons pas, car le péritoine ne demande pas à être avivé pour que sa suture prenne, ainsi que le démontre la pratique de nombreuses opérations abdominales,

———:o:———

OBSERVATION

Mme L. M., 35 ans, a été laparotomisée pour la cure d'une fistule vésicale. La malade quitte la Charité avec une ceinture qu'elle ne porte pas. Un an plus tard, elle revient pour une énorme éventration du volume d'une tête d'adulte et ressemblant à une bosse de polichinelle. C'est une grosse masse qui, depuis un an, se développe progressivement. La malade ne ressent pas de douleur, n'accuse pas de troubles digestifs. Elle se plaint seulement de la gêne que lui apporte cette masse qui tombe en avant du pubis.

Cure radicale par le procédé du Dr Albertin, 17 décembre 1912 :

1° Incision ombilico-pubienne de la poche diverticulaire.

2° Refoulement du contenu épiploïque et intestinal qui n'est pas adhérent et maintien de la masse intestinale à l'aide d'une large compresse rigide pliée en rectangle. On met la malade en Trendelenburg.

3° On place sur les bords du sac, de chaque côté, une pince tire-col qui soulève et tend les parois de l'éventration. Sur la face interne de la poche, à travers le péritoine tendu, on aperçoit, de chaque côté, le bord des muscles droits.

4° On suture alors, par adossement, le péritoine au niveau de ces bords, sans l'inciser. Le surjet contenu ferme l'abdomen.

5° La cavité péritonéale fermée, on incise, en suivant les parois du sac, le péritoine en ellipse. Un nouveau surjet rabat et réunit les lèvres de cette seconde incision péritonéale.

6° On suture la gaîne des droits pour reconstituer le plan aponévrotique.

7° On termine par la résection de la poche formée par la peau en excès, des débris aponévrotiques et le péritoine qui double le diverticule.

8° On suture la peau sur la ligne médiane.

Le 27 décembre, on enlève les crins qui suturaient la peau. La réunion est parfaite, la paroi abdominale paraît très solide ; elle est plane.

En avril 1913, la malade est revue. La paroi n'a pas cédé, la cure de l'éventration est parfaite.

———:o:———

CONCLUSIONS

1° La cure chirurgicale des éventrations post-opératoires s'obtient facilement par le procédé du Dr Albertin.

2° L'adossement immédiat du péritoine permet de fermer l'abdomen dans les premiers temps et rend l'opération extra-abdominale.

3° La découverte et la suture musculo-aponévrotique des droits paraît facilitée.

4° Enfin l'excision dernière du sac facilite l'hémostase et permet l'évaluation plus exacte des tissus à conserver.

Le Président de la Thèse,
M. VALLAS.

Vu :
Le Doyen,
L. HUGOUNENQ.

Vu et permis d'imprimer :
Lyon, le 28 mai 1913.
Le Recteur Président du Conseil de l'Université,
P. JOUBIN.

BIBLIOGRAPHIE

Abels. — De la suture abdominale et des hernies de la paroi. Arch. f. Gynak, 1898, LVI, p. 656.

Antona et Snéguirieff. — Résultat de l'enquête de La Torre, de Rome, 1897, sur cette question : *Quelle est la cause des Eventrations post opératoires ?*

Axger. — Dict. Jaccoud. Art. Eventration.

Bacri. — Cure radicale des hernies ombilicales. Th. Paris, 1892-1893.

Barrier. — De la cure radicale des hernies ombilicales. Th. Paris, 1888.

Bonavita. — Contribution à l'étude de la pothogénie, de la prophylaxie et du traitement des Eventrations post opératoires. Th. Lyon 1895.

Borrivitza. — Contribution à l'étude de l'Eventration post opératoire. Th. Paris, 1897.

Brault. — Deux éventrations, l'une opératoire, l'autre à la suite d'une plaie accidentelle. Cure radicale. Deux guérisons. Statistique d'opérations, 1897.

Brodier. — Quelques réflexions sur la cure radicale des hernies ombilicales. Th. Paris, 1892-93.

Cange. — Des éventrations spontanées et de leur traitement chirurgical. Th. Paris, 1898.

Caselli. — Laparatomie pour éventration. *Bull. acad. méd. di Genova*, Avril-Mai 1887.

CASTERET. — De la cure radicale des hernies ombilicales de l'adulte et en particulier de l'omphalectomie avec la suture à trois étages. Th. Lyon, 1892-93.

CHADWICK. — Opération pour la hernie ventrale consécutive à la laparatomie. *Americ. Gynec. Societ.*, 14 Sept. 1888.

CHANTEUX. — Eventration post-opératoire. De l'éventration sus ombilicale. Th. Paris, 1898.

CHROBACK. — Internat. Klinik. *Rundschan et Centrablatt für gynak*, 1888.

CONDAMIN. — De la cure radicale de l'éventration post-opératoire avec adhérences intestinales. *Prov. méd.*, 1895, IX, p. 277. *Congrès de Genève, 1896.*

CONDAMIN. — De l'omphalectomie et de la suture à trois étages dans la cure radicale des hernies ombilicales. *Arch. provinc. de Chirurgie*, I, 3, 1893 : *Lyon Médical*, 1892.

COELHO (S.). — O tratamento dos eventracoes da linka branca. *Médecine contemporaine*. Lib., 1902, 2 s., v. 19-

DARTIGUES — Rev. gynécologie, 10 août 1900. *Bulletin soc. anal. de Paris*, 1898, n° 9, p. 316. Cure radicale d'une éventration consécutive à une opérat. de fibrôme.

DAURIAC. — Paroi abdominale antérieure et cavité de Retzius. Trait. chirurgical des hernies de l'ombilic et des Eventrations. Th. Paris, 1895-96. *Gaz. des Hôpitaux*, 1894, p. 675.

DEJARDIN (F.). — Cure radicale de la hernie ombilicale et de l'éventration. *Ann. et Bullet. de la Société belge de chir.*, 1897, n° 4, p. 149.

DOLERIS. — Leçon clinique sur l'éventration post opératoire. *La Gynécologie*, p. 399, 15 octobre 1897.

EDEBOHLS. — Prévention de la hernie après la laparotomie. New-York, *Journal of obstetric*, 1893, janvier.

FAURE (J.-L.). — Sur un nouveau procédé pour la cure de l'éventration. *Gaz. hebd. de Méd. et de Chirurgie*, 1898, n° 14, p. 157.

FOSSE. — Contribut. à l'étude des éventrat. et de leur traitement. Th. Montpellier, 1897.

FOURNIER. — Cure d'éventration. *Gazette médicale de Picardie*, Amiens, 1902, x, 615-621.

GASTON. — De l'intervention chirurgicale dans les hernies ombilicales adhérentes. Th. Paris, 1892.

GOUILLARD. — Cure radicale des Eventrations. *Lyon médical,* 15 septembre 1896, p. 346.

GOULLIOUD. — De l'éventration opératoire. Prophylaxie et cure radicale. *Arch. de tocologie et de gynécologie,* 1892, XIX, p. 535-551.

HALIN. — Dict. Dechambre. Art. Eventration.

HADLICH. — Ueber operative Behandlung der Bauchbrüche Langenbecks. *Arch.* t. XX, p. 568, Hegar et Kaltenbach, p. 244.

HAMMERFAHR. — Die extraperitoneale radikaloperation medianer Baùch und *Bauchnarbenbrüche. Centralblatt für Chir.,* 21 sept. 1901.

HOEBERLIN. — Opération d'une volumineuse hernie ventrale consécutive à une laparotomie pour péritonite. *Corespondenzblatt f. Schweitzer Aerzte,* 1er Octobre 1894.

HOFFA. — Münchner med. *Wochenschrift,*1887.

JAMES. — Du traitement de l'éventration latérale post opératoire. Th. Paris, 1904.

LABBÉ. — De l'éventration post opératoire. Th. Paris, 1906-07.

LAWSON-TAIT. — Guérison radicale de la hernie ombilicale. *British Med.-Journal,* décembre 1884.

LEBRUN. — Pathogénie et traitement des évent. post opératoires. Th. Paris, 1904-05.

LIÉNARD. — De l'éventration médiane post opératoire et de son traitement chirurgical. Th. Lille, 1903-04.

MAYDL, — Traité des hernies qui surviennent par absence congénitale de la ligne blanche ou comme suite de la laparotomie.
Dublin, méd., *Journal of Medec.,* février 1894.

MAYDL. — *Wien med. Press, 4040,* 1886. Nouveau procédé pour la cure de l'éventration.

MILLOT. — Contribution à l'étude de l'éventration consécutive, à l'emploi du drainage à la Mickulicz. Moyens d'y rémédier. Th. Lyon, 1902.

MORRIS (K.-J.). — Post operative ventral hernia. *Ann. med.,* quart. 1900.

MOURATOFF. — Sur la cure radicale des grandes séparations des muscles droits comme résultat de couches. Wratsch, 1891.

NICAISE. — *Revue de Chirurgie,* 1895, p. 638. Description du procédé de Dauriac.

Noble (G.-H). — Un cas de hernie ventrale guérie par la méthode à lam beaux. *Americ. med. Bull.*, juin 1895.

Olivier. — Contribut. à l'étude des éventrations, Paris, 1878.

Pozzi. — Le meilleur mode de suture abdominale. *Sem. gyn.*, 1898, p. 261.

Pozzi. — *Bull. soc. chirurg.*, 1897, p. 176, t. xxiii.

Pozzi. — De la suture abdominale. *Congrès français chir.*, 1888.

Pozzi. — Remarques sur la laparotomie. *Bull. soc. chir.*, 1888.

Pozzi. — Sur la suture abdominale. *Cong. franç. chir.*, février 1897, p. 176.

Quénu. — Opération d'une éventration. *Bull. et mém. Soc. chir.*, février 1896, p. 179.

Quénu. — La cure radicale de la hernie ombilicale. *Gaz. méd. de Paris*, 1895.

Qerneau. — Eventration consécutive à la grossesse. Th. Paris, 1897.

Renaudière de Vaux. — Eventration par atrophie musculaire. Th. Paris, 1900.

Roger (F.). — De la cure radicale des hernies ombilicales par le procédé de M. Quénu. Etude anatomique des muscles droits de l'abdomen et de leurs insertions aponévrotiques. Th. Paris, 1894-95.

Sapiejko. — *Revue chirurgie*, février 1900, p. 241.

Savariaud. — Cong. de chirurgie, 1900.

Serullaz. — Contribution à la cure radicale de l'éventration post opératoire avec adhérences intestinales, Th. Lyon, 1895.

Sims. — Hernie ventrale consécutive à la laparatomie. Opération. Guérison. *Obst. soc. of New-York*, 5 janvier 1885. *American Journal of obstetric*, 1888.

Schulten. — De l'intervent. chirurgic. dans les hernies abdominales consécutives à la laparatomie et à la grossesse.

Stéphant. Complications des évent. post opératoires. Th. Bordeaux, 1986.

Témoin (D). — Contribut. à l'étude des hernies de la ligne blanche. *Arch. provinc. de chirurgie*, Paris, 1902, ix, 215-220.

Terrier. — Remarq. cliniq. sur l'intervent. chirurgicale dans les hernies épigastriques et abdominales non étranglées. *Revue chirurgie*, 1806, t. vi, p. 985.

TILLAUX. — De la cure radicale de la hernie ombilicale. *Semaine Médicale*, mars 1895.

TOURNEMELLE. — Eventration post opératoire. Th. Paris, 1900.

VAUSCHENYEL. — Contribut. à l'étude de l'éventration post opératoire. Th. Lille, 1896-97.

Lyon. — Imprimerie de "La Source", r. Vieille-Monnaie, 21.